

Шорох Г.П., Савельев В.А.

РОЛЬ МИКРОБНОГО ФАКТОРА В ПАТОГЕНЕЗЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

/ Минск /

Распространенный перитонит является одной из наиболее актуальных проблем современной неотложной хирургии. Летальность при нем остается в пределах 20 - 40%. Применение новых поколений антибиотиков и антисептиков существенно не улучшает результаты лечения больных перитонитом. Очевидно, что традиционный подход к перитониту, как чисто инфекционному (микробному) процессу в брюшной полости требует пересмотра. Преувеличение роли микробного фактора в патогенезе перитонита и роли антибиотиков в его лечении, по нашему мнению, вводят в заблуждение хирургов и реаниматологов.

Нами проведено изучение некоторых аспектов патогенеза перитонита и их связи с микробным обсеменением брюшной полости, а также качества и эффективности общепринятой антибактериальной терапии.

Обследовано 286 больных с распространенными формами перитонита различного генеза. У всех больных во время операции взяты посевы выпота из брюшной полости на флору и чувствительность к антибиотикам по стандартной методике (4). Параллельно оценена обоснованность проводимой в первые 3 - 4 суток антибактериальной терапии. Изучены некоторые элементы патогенеза синдрома эндогенной интоксикации при перитоните: динамика накопления и перераспределения продуктов белковой биodeградации средней молекулярной массы (СМ), состояние деформируемости эритроцитов, индексы интоксикации, шоковый

индекс, активность холинэстераз. Отсутствие роста аэробной и анаэробной микрофлоры наблюдалась в 72,3% в основном в реактивной и токсической фазе перитонита при перфоративных язвах желудка и 12-перстной кишки и острой кишечной непроходимости. Высокий процент отсутствия роста микроорганизмов при токсической фазе перитонита может свидетельствовать о преобладании в патогенезе перитонита процессов не микробного генеза.

Результаты посевов микрофлоры на чувствительность к антибиотикам со стандартным набором антибактериальных дисков привели к неутешительным результатам. Так 20,6% микроорганизмов нечувствительны к имеющимся в наборе антибиотикам. Особо следует подчеркнуть отсутствие антибактериальных дисков с современными антибиотиками, что лишает нас сведений об их возможной эффективности.

Анализ качества антибактериальной терапии в послеоперационном периоде показал, что 37,8% пациентам в течение 2 - 3 суток до получения окончательных результатов посева назначались антибиотики, к которым микрофлора не чувствительна. При этом существенного ухудшения состояния больных не наступало, а 75,9% повторных посевов выпота из брюшной полости у этих пациентов были стерильными. Таким образом, следует признать, что результаты лечения около 58% больных перитонитом фактически не зависят от проводимой антибактериальной терапии. При этом клиническая картина монопатогенетична несмотря на полиморфность микробного фактора. Принимая во внимание вышеизложенное, можно утверждать, что микробный фактор не является главным звеном патогенеза перитонита. В последнее время доказано отрицательное влияние СМ на целый ряд тонких механизмов гомеостаза, что позволяет считать их маркерами эндогенной интоксикации. Учитывая, что СМ являются продуктами неполного распада собственного белка и вследствие этого не распознаются иммунной системой, их патологическое воздействие на организм лишь отчасти блокируется напряженной работой органов естественной детоксикации.

Нами отмечена зависимость выраженности интоксикации от уровня накопления СМ в микроциркуляторном депо. При этом выявлена их роль в ухудшении деформируемости эритроцитов, приводящей к сладж-синдрому; участие СМ в снижении активности холинэстераз. Установлено отсутствие связи между уровнем СМ и характером высеваемой микрофлоры.

Таким образом, в патогенезе перитонита одним из ведущих звеньев можно считать эндогенную интоксикацию вследствие полиморфного воздействия продуктов белковой биodeградации на различные структуры поддержания гомеостаза, а эффективное удаление из организма СМ - методом набора в комплексном лечении перитонита. Микробный фактор является осложняющим патогенез перитонита процессом, а целенаправленная антибиотикотерапия - мерой профилактики дополнительных септических осложнений.